Aus der psychiatrischen und Nervenklinik in Kiel.

Zur Statistik und Symptomatologie der progressiven Paralyse beim weiblichen Geschlecht.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Anton Stumm,
Medizinalpraktikant aus Boppard a. Rhein.

Kiel 1908.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Aus der psychiatrischen und Nervenklinik in Kiel.

Zur Statistik und Symptomatologie der progressiven Paralyse beim weiblichen Geschlecht.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Anton Stumm,
Medizinalpraktikant aus Boppard a. Rhein.

Kiel 1908.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 15.
Rektoratsjahr 1908/09.

Referent: Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Dr. **Quincke,**
z. Zt. Dekan.

Als Material zu vorliegender Arbeit benutze ich hauptsächlich die mir in liebenswürdigster Weise von Herrn Geheimrat Professor Dr. Siemerling zur Verfügung gestellten 71 Fälle progressiver Paralyse bei Frauen, die während der Jahre 1901—1907 an der Kieler psychiatrischen und Nervenklinik in Behandlung gewesen sind.

Zum Vergleich ziehe ich die im Nachtrag angegebenen Quellen heran; regelmäßig verweise ich auf die von Siemerling in den Charité-Annalen gemachten Angaben.

* * *

Die progressive Paralyse ist eine bei Frauen weniger häufig vorkommende Krankheit als bei Männern.

In der Zeit vor 1877 war das Verhältnis zwischen weiblicher und männlicher Paralyse, von Krafft-Ebing berechnet, 1 : 8.

In den englischen Anstalten bezifferte sich das Verhältnis Ende der siebziger Jahre gleichfalls wie 1 : 8, in den nordamerikanischen wie 1 : 9.

Damals erklärte man sich dieses niedrige Verhältnis daraus, daß bei Frauen die Paralyse im allgemeinen milder verlaufe und somit seltener die Aufnahme in ein Krankenhaus nötig mache.

An der Kieler Klinik stellt sich das Verhältnis auf die Zeit von 1901—1907 berechnet, wie 1 : 3,9.

Siemerling fand in den Jahren 1884—1886 an der Berliner Charité das Verhältnis 1 : 3,3 und im Jahre 1901 an der psychiatrischen Klinik zu Tübingen das Verhältnis 1 : 5.

Hieraus ergibt sich, daß die Paralyse der Frauen im Verhältnis zu der der Männer zugenommen hat.

Bezüglich des Alters fand sich, daß von den 71 Frauen der Kieler Klinik 26 über 45 Jahre alt waren, 26 unter 40 und die übrigen zwischen 40 und 45 Jahren waren. Das höchste Alter war 63, das jüngste 23; das durchschnittliche Alter betrug 42 Jahre.

Nach Siemerlings Statistik (Charité-Annalen) war das Alter etwas niedriger. Es betrug, auf 353 Fälle berechnet, 36—40 Jahre. Bei Männern fand Siemerling genau das gleiche Alter.

Somit ist die früher vertretene Anschauung, daß das prädisponierte Alter bei Frauen höher sei als bei Männern, nicht gerechtfertigt. Nach Darstellungen Jungs aus dem Jahre 1879 trat Paralyse bei Frauen um rund 10 Jahre später auf als bei Männern.

Die Verheirateten stellen einen weit größeren Prozentsatz zu den Erkrankungen als die Unverheirateten. Unter den 71 Frauen der Kieler Klinik waren 77,46 % verheiratet.

Siemerling fand, berechnet auf die Jahre 1877—86, an der Berliner Charité ebenfalls eine hohe Zahl, nämlich 57 %.

Diese Zahlen stehen im Gegensatz zu einer Statistik von Krafft-Ebing, nach welcher die Ledigen den höchsten Prozentsatz zu dieser Erkrankung stellen.

Berücksichtigt man die Art des Entstehens der Paralyse, so ergibt sich aus den 71 Fällen der Kieler

Klinik, daß die Krankheit in 97,18% chronisch entstanden ist und nur in 2 Fällen einen akuten Beginn hatte.

Ätiologie.

Als man die Bedeutung der Syphilis für die Paralyse noch nicht so genau kannte wie heute, nahmen äußere mechanische Störungen, schwere Arbeit, Strapazen, Unfälle, Kopfverletzungen, ungünstige soziale Verhältnisse, Exzesse, bei Frauen noch ganz besonders Störungen des Geschlechtslebens, die hervorragendste Rolle als ätiologische Faktoren ein. Jung fand in einem Zeitraum von 6 Jahren, von 1870—1876, nur in einem einzigen Falle von Paralyse bei Frauen Syphilis als Ursache; bei Männern wies er Syphilis in 6 Fällen nach.

Ein wesentlich anderes Resultat ergeben die neueren Aufstellungen. Bei den 71 Fällen der Kieler Klinik waren 13 mal (= 18,31%) entweder durch die Anamnese sichere Anhaltspunkte für Lues vorhanden, oder aber die Untersuchung der Kranken ließ Spuren einer bestehenden resp. überstandenen Lues erkennen. Bei einem Teil der Kranken war es überhaupt nicht möglich, Näheres über das Vorleben zu erfahren, weil sie teils ohne Angehörige waren, teils fremd von außen zugereist waren, teils obdachlos umherirrend von der Polizei eingeliefert waren. Rechne ich aber zu den obigen 18,31%, in denen sicher Lues vorhanden war, noch diejenigen Patientinnen als luetisch hinzu, die mehrere Aborte durchgemacht hatten oder deren Ehemann sicher Luetiker war, so ergeben sich 39,43%.

Siemerling fand an der Berliner Charité in den Jahren 1884—1886 in 11% Lues als Ätiologie der Paralyse bei Frauen.

Über die Bedeutung der Heredität für die progressive Paralyse gehen die Anschauungen noch sehr auseinander und die zahlenmäßigen Angaben schwanken sehr. Ziehen gibt 40% an, Naecke 43%; Westphal fand nur 5,4%. Hierbei bezieht sich die Berechnung auf Männer und Frauen. Bei Frauen allein fand Siemerling in 12% Heredität als Ätiologie der Paralyse. Unter den 71 Fällen der Kieler Klinik war in 16,84% erbliche Belastung mit Sicherheit nachweisbar. Hierbei ist zu berücksichtigen, daß es meist große Schwierigkeiten macht, korrekte Auskunft über die Familie der Kranken zu erhalten, daß sich also diese Prozentzahl in Wirklichkeit wahrscheinlich bedeutend höher stellt.

Eine große Bedeutung für die Entstehung der Paralyse ist von jeher dem Klimakterium zugeschrieben worden. Jung stellt sogar das Klimakterium in den Vordergrund der ätiologischen Momente; Paralyse sei eine Krankheit, die sich dem Aufhören der Geschlechtstätigkeit anschließe, sei eine Krankheit der Wechseljahre.

Als einen ähnlich hohen ätiologischen Faktor stellt Krafft-Ebing das Klimakterium hin; er fand es im Jahre 1877 in 11 von 22 Fällen als alleinige Krankheitsursache.

Nach Siemerlings Charité-Aufzeichnungen stellt sich ein anderes Resultat heraus; er fand nämlich nur in einem einzigen Falle, daß das Ausbleiben der Menses mit dem Ausbruch der Erkrankung in ätiologischen Zusammen-

hang gebracht werden konnte, was aber hier zum Teil damit zusammenhängt, daß das prädisponierte Alter in die Jahre 36—40 fällt, also in eine Zeit, in welcher die Menstruation in der Regel noch ungestört ist.

Von den 71 Frauen der Kieler Klinik befanden sich 26 im Klimakterium. Rechne ich aber hiervon diejenigen Patientinnen ab, welche andere ätiologische Momente wie Lues, erbliche Belastung oder Alkoholmißbrauch erkennen ließen, so bleiben nur noch 9 Fälle übrig, bei denen außer dem Klimakterium keine andere Krankheitsursache festgestellt werden konnte.

Unter anderen ätiologischen Momenten waren in einigen wenigen Fällen Schädlichkeiten wie ungünstige soziale Verhältnisse, Nahrungssorgen, starke psychische Einflüsse von offenbarem Einfluß; 5 mal war Alkoholmißbrauch nachweisbar.

Fasse ich die Resultate dieser statistischen Erhebungen zusammen, so ergibt sich folgendes:

1. Die Anzahl der an progressiver Paralyse erkrankten Frauen, welche in dem Zeitraum 1901—1907 in der Kieler Klinik in Behandlung gewesen sind, stellt sich zu der Anzahl der wegen gleicher Erkrankung in derselben Zeit behandelten Männer wie 1 : 3,9.
2. Das prädisponierte Alter für die Paralyse der Frauen ist das 42. Lebensjahr.
3. Das größte Kontingent zur progressiven Paralyse der Frauen stellen die Verheirateten, nämlich 77,46%.
4. Unter den ätiologischen Faktoren kommt der Lues die größte Bedeutung zu: in 18,31% war Lues sicher, in 39,43% höchstwahrscheinlich vorhanden.

Sprache.

Sprachstörungen pflegen schon in der ersten Zeit der Erkrankung aufzutreten und werden in Erregungszuständen, in Zorn und Angst ganz besonders bemerkbar; häufig sind sie sogar das erste Symptom, das in der Umgebung der Kranken auffällt.

Diese Sprachstörungen beruhen auf einer mangelhaften Koordination der Lippen-, Zungen-, Gaumen- und Kehlkopfmuskeln, deren gemeinsame Aktion zum richtigen Sprechen nötig ist.

Die Sprachstörungen treten unter verschiedenen Formen zutage, vorherrschend ist die artikulatorische Störung. Die Kranken werfen Konsonanten und Vokale durcheinander, versetzen und verwechseln sie; das gleiche geschieht mit ganzen Silben. Ganz besonders zeigt sich das Silbenstolpern beim Nachsprechen komplizierter Wörter, z. B. Dampfschiffahrtgesellschaft.

Dieses Symptom des Silbenstolperns ist recht charakteristisch für Paralyse und kommt in den meisten Fällen vor. Bei den 71 Frauen der Kieler Klinik war diese Störung in 88,73% deutlich vorhanden. Nur 8 Kranke waren ohne besondere Sprachstörung.

In den Endstadien der Krankheit wird diese Sprachstörung so hochgradig, daß die Kranken kaum noch verständlich sind; das Sprechen besteht nur noch in einem Lallen.

Pupillen.

Die Pupillen zeigen bei der progressiven Paralyse große Verschiedenheit in ihrer Form; manchmal sind

sie abnorm weit, und dies war unter den 71 Fällen die häufigste Erscheinung, manchmal sind sie eng. Die unter normalen Verhältnissen kreisrunde Pupille ist mehr oder weniger verzerrt, oval, eiförmig, der Pupillarrand, unregelmäßig, eckig, ausgezackt.

Solche Formveränderungen waren in 85,91 % deutlich vorhanden.

Dieser Pupillendifferenz kommt jedoch meist erst dann eine diagnostische Bedeutung zu, wenn sie sich mit einem anderen sicheren Zeichen der progressiven Paralyse verbindet: der reflektorischen Pupillenstarre (Argyll-Robertsonsches Phänomen), Fehlen der Pupillarverengerung auf Lichteinfall bei erhaltener Beweglichkeit der Pupille auf Akkomodation und Konvergenz. Dieses Phänomen war in 84 % deutlich ausgeprägt. Hierbei sind auch die Fälle mit eingerechnet, bei denen die Reaktion auf Licht nur noch ganz minimal war (es sind 24), ferner die Fälle, bei denen die Reaktion auf dem einen Auge erloschen, auf dem anderen sehr träge war (5).

Veränderung der Lichtreaktion überhaupt, also auch die Fälle der totalen Starre mit einbegriffen, fand sich in 90,14 %.

Wolfenberg hat fast das gleiche Resultat, er gibt Veränderung der Lichtreaktion überhaupt mit 80—90 % an.

Normale Lichtreaktion war unter den 71 Fällen der Kieler Klinik nur in 9,86 % vorhanden.

Totale Starre der Pupillen, sowohl die Licht- als auch die Konvergenzreaktion erloschen, fand sich 5 mal.

Der Augenhintergrund wurde in 26 Fällen untersucht; 8 mal war opticus atrophie vorhanden, 3 mal temporale

Abblassung der Retina; je 1 mal fand sich eine hyperämische Papille, eine disseminierte Chorioiditis und ein temporales Staphylom. 12 mal war der Augenhintergrund ohne Besonderheiten.

Nach Siemerling war unter 151 Fällen progressiver Paralyse bei Frauen die Reaktion der Pupillen auf Licht in 36 % erhalten; weit über die Hälfte, nämlich 64 %, hatten erloschene resp. minimale Reaktion. 26 % zeigten Ungleichheit der Pupillen. 9 mal war opticus atrophie vorhanden.

Kniephänomen.

Das Verhalten des Kniephänomens ist nicht so konstant wie das der Pupillen. Bei Kombination der Paralyse mit Tabes, was unter den 71 Fällen 12 mal (18,31 %) vorhanden war, ist der Reflex natürlich erloschen.

Bei der reinen Paralyse findet sich meist eine Steigerung des Patellarreflexes. In 50 von 71 Fällen (70,42 %) war der Reflex teils gesteigert, teils sehr lebhaft vorhanden. Nur in 11,26 % war der Patellarreflex normal, 1 mal war er herabgesetzt.

Bemerkenswert sind die gleichzeitigen Veränderungen des Kniephänomens und der Pupillarreaktion:

Reflektorische Pupillenstarre und erloschener Patellarreflex fand sich in 15,49 %;

reflektorische Pupillenstarre und gesteigerter Patellarreflex in 57,74 %;

totale Starre und erloschener Reflex 1 mal;

totale Starre und gesteigerter Reflex 3 mal.

Das Verhalten des Kniephänomens verglichen mit dem Befund am Augenhintergrund ergibt folgendes:

2 mal opticus atrophie und erloschener Patellarreflex;

5 mal opticus atrophie und gesteigerter Patellarreflex;

1 mal opticus atrophie und normales Verhalten des Kniephänomens;

2 mal temporale Abblassung und gesteigerter Patellarreflex;

1 mal temporale Abblassung und normaler Reflex.

Nach Siemerlings Charité-Statistik war das Kniephänomen in 36% erhöht, in 26% beiderseits, in 2% einseitig erloschen, in 32% erhalten und in 4% herabgesetzt. Das gegenseitige Verhalten der Pupillarreaktion und des Kniephänomens stellte sich folgendermaßen:

in 25% reflektorische Pupillenstarre und erloschener Patellarreflex;

in 22% reflektorische Pupillenstarre und gesteigerter Patellarreflex.

Lumbalpunktion.

Die Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit ist in jüngster Zeit ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel geworden.

Schäfer fand bei fast allen Paralytikern eine Erhöhung des Druckes der Cerebrospinalflüssigkeit, im Maximum 380 mm.

Siemerling, Henkel und viele andere fanden übereinstimmend eine ausgesprochene Vermehrung der Lymphocyten; und diese Vermehrung der Lymphocyten ist gewöhnlich schon in den Frühstadien der Paralyse vorhanden und gewinnt dadurch sehr an diagnostischem Wert. Ein negativer Befund bei wiederholten Punktionen macht die Diagnose der Paralyse sehr unwahrscheinlich.

Die Lymphocytose spricht in erster Linie für syphilitische und metasyphilitische Prozesse.

Fast konstant findet sich in der Cerebrospinalflüssigkeit ein mehr oder minder starker Eiweißgehalt.

In 37 von den 71 Fällen der Kieler Klinik wurde die Lumbalpunktion vorgenommen. Dabei ergab sich Lymphocytose in 89,21 %; in 6 Fällen war deutliche Drucksteigerung vorhanden, im Maximum 400 mm.

18 Fälle hatten annähernd normalen Druck; 1 mal war der Druck auf 40 mm herabgesetzt.

Der Eiweißgehalt nach Nissl schwankte zwischen $1^1/_2$ und 7. Er betrug im Mittel 3,6.

In allen Fällen zeigte die Flüssigkeit deutliche Trübung mit $Mg\,SO_4$.

Bei 4 Punktionen wurde nur eine blutige Flüssigkeit erhalten und konnte deshalb die Untersuchung nicht vorgenommen werden.

Psychisches Verhalten.

Die Paralyse der Frauen bietet im wesentlichen in bezug auf psychisches Verhalten ganz dasselbe Bild wie bei Männern, anfangs nur leise angedeutete, später immer greller zutage tretende Ausfallserscheinungen der Intelligenz,

früh sich einstellende Bewußtseinstrübung, Gedächtnisschwäche, besonders für die jüngste Vergangenheit. Dieser Intelligenzdefekt bringt es mit sich, daß manche Kranke, solange sie noch außerhalb des Krankenhauses sind, sich hie und da größere oder kleinere Vergehen zuschulden kommen lassen. Von den 71 Frauen der Kieler Klinik waren 5 mit dem Gesetz in Konflikt geraten, je eine wegen Diebstahl, Beleidigung, Zechprellerei, Trunkenheit und Übertretung der Sittenkontrollvorschriften.

Die Störungen der Intelligenz werden immer größer, auch die Auffassung der Zeitverhältnisse leidet. Kranke, die heute ins Krankenhaus eingeliefert sind, behaupten, schon monatelang da zu sein, oder solche, die schon längere Zeit da sind, behaupten, erst vor einigen Tagen gekommen zu sein.

Deutlich tritt die geistige Schwäche bei der Lösung von Rechenaufgaben hervor, selbst die einfachsten Aufgaben werden fehlerhaft gelöst.

Dabei kommt die zunehmende intellektuelle Schwäche den Kranken gar nicht zum Bewußtsein; es fehlt fast regelmäßig die Krankheitseinsicht.

Die Stimmung der Kranken ist meist eine euphorisch-demente. Dieses Verhalten fand sich in 52%.

Ein stumpfes, teilnahmloses Benehmen zeigten 17 von 71 Kranken.

Starke Erregungszustände mit reizbarem, aggressiven Verhalten, wie es bei Männern häufig beobachtet wird, war hier nur 2 mal vorhanden.

Je eine Kranke trug sich mit Selbstmordgedanken resp. hatte Hallucinationen.

Bei mehreren Kranken war das Verhalten schwankend, es wechselten euphorische Stimmungen mit Zuständen großer Ängstlichkeit.

Größenwahn kam bei den Kranken mit euphorisch-dementem Verhalten häufig vor und drehte sich zum Teil um Toilette, schöne Kleider. Eine Kranke hatte 20 Kleider, 4 seidene von verschiedener Farbe, 1000 Strümpfe. Eine andere Kranke schrieb Briefe „an die Genossen der ganzen Welt“ und legte in phantastischer Weise ihre Pläne für einen Zukunftsstaat dar, z. B. sie wollte die ganze Wüste Sahara in ein Kartoffelfeld verwandeln.

Vereinzelt bewegten sich die Größendelirien auf religiösem Gebiet; eine Kranke sah beim Beten Christus vor sich stehen.

Siemerling fand unter den Kranken der Charité, das psychische Krankheitsbild beherrschend, apathische Demenz. Nur vereinzelt traten hypochondrische Vorstellungen und kurze Zeit dauernde Erregungszustände in Begleitung von Größenideen auf.

Was den Ausgang resp. den weiteren Verlauf der Erkrankung betrifft, so sind unter den 71 Kranken der Kieler Klinik 16 in der Anstalt gestorben, 8 wurden als gebessert in Familienpflege, 47 als ungeheilt teils in andere Anstalten, teils auch in Familienpflege entlassen. Dieses letztere geschah jedesmal gegen ärztlichen Rat.

* * *

Zum Schlusse sei es mir gestattet, Herrn Geheimrat Professor Dr. Siemerling für die liebenswürdige Überlassung der Fälle und für die gütige Unterstützung bei Anfertigung der Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Siemerling, Charité-Annalen, VIII.

Siemerling, Bericht über die psychiatrische Klinik zu Tübingen.

Jung, Zeitschrift für Psychiatrie, 35.

Krafft-Ebing, Archiv für Psychiatrie, VII.

Binswanger-Siemerling, Lehrbuch der Psychiatrie.

Naecke, Archiv für Psychiatrie, 41.

Lebenslauf.

Geboren am 18. September 1882 zu Boppard am Rhein als Sohn des Weingutsbesitzers Josef Stumm zu Boppard am Rhein, besuchte ich bis zum Jahre 1900 das Progymnasium zu Boppard, darauf das Kaiserin Augusta-Gymnasium zu Coblenz, wo ich am 10. März 1903 das Zeugnis der Reife erhielt.

Mein medizinisches Studium verlief ohne Unterbrechung; ich studierte 1 Semester in Freiburg, 4 in Würzburg, 2 in Straßburg, 1 in Berlin und die beiden letzten Semester in Kiel. Hier machte ich von März bis Mai 1908 das medizinische Staatsexamen mit der Note gut. Ich bin Ersatzreservist der Infanterie.